

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1901-1902. — N° 418

SUR UN PROCÉDÉ
D'ANUS CONTRE NATURE

ÉTABLI AU MOYEN

DE LA

PINCE ENTÉROTRIBE DU D^r SIRAUD

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 10 Mars 1902

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Joseph MOULIN

Né le 10 Mars 1875, à Saint-Martin-de-Valamas (Ardèche).



LYON

A. REY & C^{ie}, IMPRIMEURS-ÉDITEURS DE L'UNIVERSITÉ

4. RUE GENTIL, 4

Mars 1902

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1901-1902. — N° 118

SUR UN PROCÉDÉ
D'ANUS CONTRE NATURE

ÉTABLI AU MOYEN

DE LA

PINCE ENTÉROTRIBE DU D^r SIRAUD

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 10 Mars 1902

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Joseph MOULIN

Né le 19 Mars 1875, à Saint-Martin-de-Valamas (Ardèche).



LYON

A. REY & C^{ie}, IMPRIMEURS-ÉDITEURS DE L'UNIVERSITÉ

4. RUE GENTIL, 4

Mars 1902

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET.	DOYEN.
LACASSAGNE	ASSESEUR.
CROLAS.	QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		BARD.
Clinique ophtalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		X.
Clinique des maladies mentales.		FOCHIER.
Clinique des maladies des enfants.		GAYET.
Physique médicale.		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.		WEILL.
Matière médicale et Botanique.		MONOYER.
Parasitologie.		HUGOUNENQ.
Anatomie.		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.		FLORENCE.
Physiologie.		LORTET.
Pathologie interne.		TESTUT.
Pathologie externe.		RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		MORAT.
Anatomie pathologique.		TEISSIER.
Médecine opératoire.		AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée.		MAYET.
Médecine légale.		TRIPPIER.
Hygiène.		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique.		ARLOING.
Pharmacologie.		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des maladies des femmes.	LAROYENNE.
---	------------

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Maladies des voies urinaires.	MM. CHANDELUX, agrégé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS, —
Propédeutique médicale.	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale.	GANGOLPHE, —
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique.	DEVIC, —
Physiologie.	DOYON, —
Accouchements.	FABRE, —
Botanique.	BEAUVISAGE, —
Hydrologie et matières alimentaires.	M. CAUSSE, Docteur es sciences.

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	VALLAS.	NOVE-JOSSERAND	CHATIN.
ROUX.	SIRAUD.	BERARD.	VILLARD.
COLLET.	DURAND.	SAMBUC.	TIXIER.
BOYER.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
BARRAL.	PAVIOT.	COURMONT (P.).	REGAUD.
MOREAU.			

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. FOCHIER, Président; POLLOSSON (A.), Assesseur;
MM. SIRAUD et FABRE Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon declare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

*Je dédie ces quelques pages en témoignage
de ma reconnaissance et de mon
affection.*

A MES FRÈRES ET SŒUR

A MES AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AVANT-PROPOS

En traitant ce sujet, nous avons voulu faire œuvre modeste. Depuis que la colostomie a été appliquée par LITTRE, beaucoup d'auteurs l'ont étudiée et perfectionnée. RENAUT, PILLORE, NÉLATON, CALLISEN, AMUSAT, et d'autres chirurgiens en ont publié des observations nombreuses et, à l'heure actuelle, l'anus iliaque tant au point de vue opératoire que fonctionnel est entré dans la pratique courante avec des variantes d'exécution nombreuses.

Cependant, il nous a semblé que le pronostic opératoire de ces anus avait été rendu un peu sombre. Ce n'est pas que chacun n'ait à souci de retirer le meilleur bénéfice de son procédé ; mais les chances d'occlusion intestinale et la longueur des temps opératoires n'ont-elles pas peut-être une grande part dans cette appréciation ? Aussi nous nous sommes proposé, en traitant à nouveau ce sujet, de soumettre aux chirurgiens un procédé qui l'emporte par la rapidité et la simplicité de sa technique.

Nous avons relaté un petit nombre d'observations, et si nos conclusions ne portent que sur un nombre

restreint de cas, il faut l'attribuer à la mise en pratique récente du procédé.

M. le professeur agrégé SIRAUD nous a inspiré le sujet de notre thèse ; il nous a prodigué longtemps les marques précieuses d'une bienveillance dont nous sommes fier ; qu'il soit assuré de notre reconnaissance.

Nous remercions M. le professeur FOCHIER d'avoir bien voulu accepter la présidence de notre thèse.

Nous nous souviendrons des leçons et des conseils que nos différents maîtres, surtout M. le professeur GANGOLPHE et M. MOUISSET, n'ont jamais cessé de nous prodiguer pendant le cours de nos études, et nous aurons à tâche de toujours essayer de suivre leur haut exemple.

SUR UN PROCÉDÉ D'ANUS CONTRE NATURE

ÉTABLI AU MOYEN

DE LA

PINCE ENTÉROTRIBE DU D^r SIRAUD

HISTORIQUE

En présence d'une tumeur néoplasique située dans le rectum, deux méthodes, au XVIII^e siècle, furent pratiquées, la *laparotomie* et l'*entérotomie*. Quand le cancer amenait des accidents aigus d'occlusion intestinale, c'était à la laparotomie qu'on avait recours ; alors, tantôt, on débridait les anses intestinales, tantôt on pratiquait l'extirpation de la tumeur, suivant les circonstances. Si, au contraire, il produisait une obstruction incomplète des matières, d'une façon chronique, on préférait l'entérotomie. Cette dernière opération fut pratiquée par LITRE en 1710. Elle fut appelée *colostomie iliaque*. Dans cette voie, ce chirurgien fut suivi par RENAUT, en 1772.

En 1776, PILLORE posa les premiers principes de l'anus artificiel établi du côté de la fosse iliaque interne droite.

Au XIX^e siècle, les deux méthodes furent tour à tour préconisées. CHARPENTIER, PERIER, TERRIER, en 1879, penchaient pour la laparotomie. L'opération est plus facile, disaient-ils ; on voit mieux ce que l'on fait, car, l'incision est plus large ; les résultats sont aussi bons.

Dans l'autre camp se trouvait NÉLATON qui lui posa, en 1845, les indications de l'intervention et du manuel opératoire.

Il adopta l'incision de LITTRE.

Mais de nombreux insuccès dus à l'infection péritonéale décourageaient les chirurgiens. On voulut alors parer à cette difficulté, en ne touchant point à la séreuse. CALLISEN fut le promoteur de cette nouvelle méthode. Il pratiqua l'incision par la voie lombaire sans en fixer nettement les règles. De cette façon il abordait l'intestin sans ouvrir la cavité péritonéale.

AMUSSAT décrivit le manuel opératoire de l'anus lombaire. Il eut des résultats plus heureux que ses devanciers.

Il est facile de reconnaître que tous ces nouveaux procédés donnaient des résultats immédiats bien meilleurs ; la péritonite n'était plus à craindre. Aussi leur vogue fut-elle considérable durant quelque temps.

Mais l'antisepsie ouvrit une voie nouvelle à la chirurgie et l'on n'eut plus à craindre des complications infectieuses, surtout péritonéales. L'engouement pour l'anus lombaire cessa. On fit observer la difficulté des soins de propreté, et la gêne plus considérable du port

⁴ Kraske, pour arriver plus sûrement à l'S iliaque et pour éviter les inconvénients d'un appareil portatif sur une région flasque et mobile, pratiqua l'anus sacré.

d'un appareil lombaire. Aussi les chirurgiens revinrent d'une façon unanime à l'incision de Littre. On pratiqua un grand nombre de procédés¹. Cette multiplicité tient au souci des chirurgiens de créer un anus artificiel qui puisse donner avec le minimum de difficultés opératoires la plus grande somme de résultats, tant au point de vue anatomique que fonctionnel. Cet anus doit-être aussi peu gênant que possible, laisser libre passage aux matières et cependant être aussi continent que possible. Ce n'est pas tout, il doit défier tout reproche pour les complications ultérieures de la chirurgie intestinale, notamment les éventrations, les prolapsus.

Ces divers procédés ont été étudiés dans certains traités et surtout dans celui de Chalot et la thèse de Demard. On peut classer ces différentes interventions en deux catégories : les procédés en un temps et les procédés en deux temps.

De la première catégorie appartiennent les procédés de NÉLATON, VERNEUIL et Maurice POLLOSSON, ce dernier exposé dans la thèse de LAGUAITE (Lyon, 1884).

De la seconde catégorie ressortissent les procédés de MAYDL, RECLUS, SCHWARTZ, AUDRY, FRANK, DESGUIN, ROUX (de Lausanne) et GANGOLPHE.

Nous nous proposons de faire l'étude critique de ces divers modes opératoires.

Nous allons décrire un procédé récent, celui de l'anus artificiel établi au moyen de la pince entérotribe du Dr STRAUD. Nous l'avons vu mettre quelques fois en pratique. Nous avons été frappé de la rapidité du manuel opératoire et des bons résultats obtenus.

Voici le plan que nous nous proposons de suivre dans cette thèse :

Chapitre premier. — *Indications générales de la colostomie.*

Chapitre II. — *Description des procédés de colostomie.*

Chapitre III. — *Critique de ces procédés.*

Chapitre IV. — *Technique du procédé de l'anus artificiel établi au moyen de la pince entérotribe du Dr Siraud.*

Chapitre V. — *Observations.*

Chapitre VI. — *Résultats immédiats et éloignés.*

CHAPITRE PREMIER

INDICATIONS GÉNÉRALES DE LA COLOSTOMIE

Le libre cours des matières peut être interrompu d'une façon transitoire ou permanente. Les cas d'occlusion temporaire appartiennent aux vices de position : invagination aiguë, volvulus, torsion, coudures ; à certaines compressions : bride, diverticules, hernies ; à certaines obturations, corps étrangers divers, polypes, masses fécales.

Toutes ces causes n'interviennent que rarement dans la pratique de la colostomie. Seule, l'étude des rétrécissements divers : néoplasiques, cicatriciels, sera mise à contribution pour ce qui nous intéresse.

La grande indication de la colostomie, c'est le *cancer du rectum*. Nous y joignons tous les *rétrécissements du rectum*, de quelque nature qu'ils soient, limités ou très étendus, tuberculeux, actinomycosiques, cicatriciels. Les compressions provenant de tumeurs diverses qui donnent lieu à une occlusion chronique sont susceptibles d'un autre traitement, malgré les accidents réflexes et le collapsus qui en sont les manifestations éloignées.

Mais la colostomie substitue une infirmité à une nouvelle. Pour parer à cet inconvénient, on a cherché des procédés d'anus temporaire. C'est là, croyons nous,

une faute. En effet, peut-être pour quelques mois les bourgeons néoplasiques cesseront de se développer du fait de n'être plus irrités par le contact des matières ; les douleurs pourront diminuer et même être supprimées. Mais que l'on vienne à rétablir le passage des matières en cas de néoplasme rectal ou de rétrécissement étendu, les mêmes accidents vont recommencer. Quant aux excisions partielles du cancer, elles sont condamnables, en raison des récidives *in situ* trop fréquentes. On laisse le loup dans la bergerie ; le but poursuivi, c'est-à-dire l'intégrité fonctionnelle du sphincter et anatomique des deux bouts du rectum excisés puis suturés est illusoire ; car, le plus souvent le sphincter est énérvé ; les sutures cèdent ; les deux bouts s'écartent, et les malades succombent à des accidents infectieux locaux. Aussi, lorsque la colostomie doit être pratiquée, l'anus définitif doit être établi. M. le professeur POLLOSSON a développé cette idée dans la thèse de LAGUAITE, sans donner toutefois une opinion formelle. D'ailleurs, la majorité des chirurgiens partage actuellement cette manière de voir¹. M. GANGOLPHE est partisan de l'anus définitif (thèse de Demard).

Tout récemment, M. NOVÉ-JOSSERAND a plaidé en faveur de cette opinion formelle. Dans le *Lyon médical* (1897), il a publié deux cas dans lesquels, après avoir fait un anus temporaire, il a essayé de reconstituer le rectum, en invaginant le bout supérieur dans le bout inférieur suivant la méthode de HOCHENEGG. Malgré les précautions opératoires, dans un cas, au bout de

¹ V. QUÉNU, *Traité des maladies du rectum*.

dix jours, l'intestin remonta en causant la mort du malade ; dans l'autre, une large fistule sacrée se produisit.

Nous désirons indiquer sommairement quelles sont les conditions opératoires du cancer ? QUÉNU¹ dans son traité affirme qu'il n'y a aucun doute pour l'intervention dans les cancers limités. Mais quand la généralisation s'est produite, lorsqu'il y a engorgement des ganglions du pli de l'aîne et des ganglions sacrés, que le foie est envahi et donne naissance à de l'ascite ; alors, que faire ? L'abstention est de règle. Mais en cas d'extension limitée, si l'on constate des adhérences du côté de la vessie, de la cloison prostato-péritonéale, du cul-de-sac vaginal, du côté du sacrum, alors, les indications sont moins précises. Cependant, en se rapportant à la thèse de PIÉCHAUD, les statistiques sont en faveur de l'exérèse. Aussi, l'envahissement de la cloison recto-vaginale a rarement paru une contre-indication à l'opération qui a donné de bons résultats. Trois fois, NUSBAUM a enlevé des cancers adhérents à la vessie, après avoir pratiqué l'anüs définitif ; dans deux de ses cas, la prostate et dans un autre l'urètre étaient envahis². Il a obtenu une survie de treize mois, de dix-sept mois, de plusieurs mois. L'ablation des tumeurs très élevées (10 à 12 centimètres) a donné des guérisons : de même l'extirpation du néoplasme ayant envahi une grande

¹ QUÉNU, *Traité des maladies du rectum*.

² Dans l'observation III, due à M. Siraud, la cloison prostato-péritonéale était envahie ; le canal de l'urètre fut reséqué partiellement. La fistule urinaire s'obtura fort bien au bout de quelques semaines.

partie du périnée et de la fosse ischio-rectale a été suivie de succès durable,

Nous bornons à ces indications l'extirpation du cancer rectal. Nous voulons insister sur les conditions de la colostomie en particulier. TRÉLAT, dans une de ses cliniques reproduite dans la *Semaine médicale* en 1884, ramène à ces étroites limites les indications de la colostomie : 1° lorsque la marche lente de la tumeur, l'intégrité des ganglions et de l'état général permettent d'espérer des résultats favorables (de pareilles conditions font le triomphe de l'anus définitif); 2° lorsqu'en l'absence de signes manifestes de généralisation et d'infection, la gravité des symptômes, rétention, hémorragies, douleur, état moral du malade autorisent à pratiquer la colostomie.

QUÉNU, FORGUES et RECLUS, CHALOT sont très catégoriques pour les indications de l'anus. La colostomie doit être pratiquée :

a) Dans les cancers au début extirpables, l'anus artificiel permet l'ablation sûre du néoplasme ; il n'y a pas d'accidents infectieux.

b) Dans les cancers non extirpables, mais dans lesquels se manifestent les symptômes suivants : rectite, douleurs, ténesme et épreintes, de l'occlusion aiguë, de l'occlusion chronique donnant naissance à de la stercorhémie. En pareil cas, ce n'est plus qu'une diminution et peut-être une suppression totale des douleurs que l'on recherche. De plus, une survie de quelque temps n'est pas à dédaigner. Ces quelques considérations feront accepter une opération au malade, mais le chirurgien le préviendra que s'il ne peut lui rendre la santé d'autrefois, du moins il le soulagera.

Il existe aussi des cancers du cæcum, de la valvule iléo-cæcale, du côlon. Ils sont susceptibles d'être traités par l'anus artificiel. Dans ce cas, on ne pratiquera plus la colostomie, mais on aura le choix entre l'entérostomie ou l'entéro-anastomose ou l'exclusion d'un segment intestinal. FORGUES et RECLUS, dans leur *Traité de thérapeutique chirurgicale* (p. 771), analysent les indications de l'entéro-stomie d'emblée : ce sont les cas d'iléus à marche lente ou chronique, constitué par une compression large ou obturation néoplasique des parois. Dans ces formes, un signe précieux en dehors de l'intensité des symptômes, c'est la persistance des mouvements péristaltiques de l'intestin au-dessus de l'obstacle, mouvements visibles et faciles à provoquer par la palpation. Ici, l'intestin ne court point, comme dans l'étranglement, de risque de lésions rapides, de striction dangereuse, de perforation ou de pénétration microbienne. Sans doute, l'idéal serait de supprimer, par la laparotomie, l'agent de compression ou d'oblitération ; mais, si les circonstances s'opposent à cette opération, l'entérostomie peut donner une longue survie.

Par la colostomie, comme par l'entérostomie, on cherche à éviter les phénomènes d'occlusion provenant soit d'un néoplasme rectal, soit d'une tumeur située dans le côlon ou l'intestin grêle. Il ne faut attendre de ces opérations que ce qu'elles peuvent donner : l'évacuation des masses liquides et gazeuses qui emplissent l'intestin. Or, des liquides et des gaz en tension progressive, accrus nécessairement par la sécrétion des parois et la putréfaction des produits

entraînent par cette distension même la parésie de l'intestin, exaltent par stase la virulence des microbes normaux, c'est-à-dire l'intensité des fermentations gazeuses et la gravité des altérations anatomiques. Les anses dilatées se coudent, se compriment mutuellement et se ferment par fermeture autoclave, comme la vessie distendue bouche l'uretère ; à la longue, il se fait une migration transpéritonéale du coli-bacille exalté par la stase, et des phénomènes de péritonite se joignent à l'occlusion. Donnez à ces liquides jaunâtres et à ces gaz une large issue : l'intestin ramené à son calibre, reprend sa contractilité et le péritaltisme se rétablit.

Nous avons terminé ce qui a trait aux indications de l'anus artificiel ; nous allons aborder l'étude des procédés employés pour pratiquer cette opération.

CHAPITRE II

DESCRIPTION DES PRINCIPAUX PROCÉDÉS DE COLOSTOMIE

Les procédés de colostomie iliaque sont très nombreux. On peut les classer en deux groupes : *procédés en un temps* et *procédés en deux temps*. Les principales différences qui les caractérisent, c'est que l'ouverture de l'intestin se fait pendant l'opération dans le premier groupe, tandis que l'on fixe, dans le deuxième, l'intestin à la paroi abdominale et on ne l'ouvre que les jours suivants, à des intervalles variables, suivant les procédés.

Nous en commencerons l'étude par les plus connus et les plus pratiques.

A. PROCÉDÉ EN UN TEMPS¹.

Procédé de Nélaton.

C'est une opération qui se rapproche de celle de LITTRE.

1^o Dans un premier temps, NÉLATON incise la paroi abdominale sur une longueur de 7 centimètres à gau-

¹ V. CHALOT, *Traité de médecine opératoire*.

che, parallèlement à l'arcade crurale, à 3 centimètres au-dessus. Il divise la peau, le plan aponévrotico-musculaire et le péritoine, de façon à former un entonnoir de 4 centimètres en bas ;

2^o Il attire avec une pince une anse intestinale, la première qui se présente.

3^o Il fixe l'anse dans la plaie abdominale, en faisant une couronne de quinze à vingt points de suture ;

4^o Il ponctionne l'intestin au milieu avec la pointe du bistouri, en faisant une ouverture de 1 centimètre.

Procédé de Verneuil.

1^o Incision de la paroi abdominale comme dans le procédé de Nélaton, en partant du tiers externe de l'arcade de Fallope, et se dirigeant sur l'ombilic ;

2^o Découverte et attraction de l'intestin au dehors.

On saisit l'S iliaque et passe une aiguille au-dessous du mésentère ;

3^o Fixation de l'intestin au moyen de quinze points de suture environ. Ouverture de l'intestin avec le thermocautère. Il se forme un éperon aux dépens de la partie mésentérique restante ; les deux bouts *a*) stomacal et *b*) rectal ont une tendance à se placer comme les deux canons d'un double fusil.

Procédé de M. Pollosson.

Le Dr LAGUAITE dans sa thèse (1884) décrit le procédé de M. le professeur POLLOSSON.

1^o Incision de la paroi abdominale suivant le conseil de LITTRE ;

2^o Attraction de l'intestin ;

3^o Section complète. Obturation du bout inférieur

après invagination. Ce bout rectal retombe dans l'intestin :

4° Le bout supérieur est fixé dans l'angle de la plaie.

Tous les jours on fait des lavages dans le bout inférieur par voie rectale.

B. *PROCÉDÉS EN DEUX TEMPS.*

Nous allons passer en revue les procédés de MAYDL, RECLUS, SCHWARTZ, AUDRY, FRANK, DESGUIN, ROUX, (de Lausanne) GANGOLPHE.

Procédé de Maydl.

1° Incision classique de LITTRE ;

2° Attraction de l'S illiaque. L'anse est tirée au dehors. Maydl passe une sonde en caoutchouc durci dans le mésentère dont l'ouverture a été faite préalablement avec une pince. De cette façon, l'intestin est solidement fixé et n'a pas de tendance à tomber. La sonde elle-même est fixée par des bandelettes de gaze iodoformée, imprégnées de collodion iodoformé.

3° Suture des deux bouts de l'intestin aux lèvres de la plaie, de façon qu'ils soient accolés comme les canons d'un fusil à deux coups ;

4° Si des phénomènes d'occlusion se manifestent peu après l'opération, MAYDL fait une légère ouverture vers le quatrième jour. Sinon, vers le quatorzième jour, il ouvre largement au thermocautère dans le tiers de son calibre et perpendiculairement à son grand axe. Il place dans chaque bout un gros drain et procède au lavage qui demande quelquefois, pour être complet, plusieurs jours.

Procédé de Reclus.

RECLUS modifie le procédé de MAYDL en plusieurs points. Tout d'abord, il place une sonde en caoutchouc durci, simplement aseptisée.

Puis il ne pratique pas de sutures. Au lieu de faire la petite ouverture du quatrième jour temporaire et celle du quatorzième jour définitive, il incise au sixième jour largement dans le sens longitudinal, avec le thermocautère.

Pas de lavage, pas de drainage.

Les sutures sont négligées, puisque les adhérences se sont formées solidement entre le péritoine pariétal et viscéral au bout de six jours.

Procédé de Schwartz.

Ayant observé que le procédé de RECLUS pouvait s'accompagner du rétrécissement du nouvel anus, SCHWARTZ, après avoir suivi les temps précédents, sectionne l'intestin transversalement au thermocautère jusqu'au contact de la sonde. Celle-ci tombe d'elle-même.

Cette section est faite le septième ou huitième jour.

Dans le *Journal des praticiens* de 1902, SCHWARTZ remplace la sonde par une baguette de verre.

Les deux bouts sont accolés et restent à fleur de peau, fixés par les adhérences.

Procédé d'Audry.

1^o Incision de la forme suivante  pratiquée parallèlement à l'arcade, à 2 centimètres au-dessus des

deux tiers externes, comprenant la peau, tissu cellulaire sous-cutané, et l'épaisseur du grand oblique.

2° Incision couche par couche du petit oblique, le transverse, le fascia, le péritoine, en suivant le grand axe de l'incision :

3° L'anse iliaque est herniée. A travers le mésentère on fait une boutonnière longitudinale de 2 à 3 centimètres;

4° On fait un premier plan de trois points de suture, réunissant le péritoine et le *fascia transversalis*. Un second plan affronte les muscles.

5° Le volet cutané-aponévrotique est alors passé à son tour par la boutonnière et suturé aussi au côté opposé. De cette façon, l'anse de l'S iliaque est à cheval sur un véritable pont, formé par la paroi abdominale.

6° L'ouverture de l'anse est faite suivant les circonstances. On peut, à la rigueur, la pratiquer quelques jours après l'opération et même quelques heures après, si on a la main forcée.

Procédé de Frank.

S'inspirant des travaux de la gastrotomie, FRANK a essayé de former un sphincter à l'anus artificiel, au moyen du droit. Il cite deux observations où les résultats sont satisfaisants.

Procédé de Desguin.

Incision de la paroi abdominale, aussi petite que possible.

L'anse intestinale est herniée.

Le mésocôlon est perforé à son insertion avec une sonde cannelée.

Avec une aiguille de Reverdin, il perce la lèvre gauche de la couche aponévrotico-musculaire à 6 à 8 centimètres de son bord, et après avoir traversé la rainure métallique, il perfore l'autre lèvre. Il charge avec un fil fort de soie qu'il ramène au côté gauche.

Avec la même aiguille, il va rechercher l'autre bout du fil qu'il ramène de la même façon au travers du méso-côlon.

Il enlève la sonde. L'intestin est désormais à cheval sur un fil de soie qu'il noue et qu'il serre jusqu'à ce que l'on voie le tube bien pris dans la double boutonnière.

Un point de suture en haut, un autre en bas, comprenant les deux lèvres de la plaie et la couche séro-musculaire intestinale, complètent la fixation.

Procédé de Roux (de Lausanne¹).

Mlle VON MAYER, dans la *Revue médicale* de la Suisse romande de janvier 1898, rapporte plusieurs cas d'anus symphysien à titre définitif ou temporaire en cas de cancer du rectum. Voici la technique de Roux :

1° Incision médiane de 5 à 10 centimètres dans la région sus-pubienne. Sans désinsérer les muscles droits, il taille une encoche en U à 2 centimètres au moins dans la symphyse. Il ouvre le péritoine.

2° Attraction d'une anse de l'iliaque ; elle est appliquée verticalement dans l'U, de façon que le bout stomacal occupe les 4/5 supérieurs, tandis que le bout rectal aplati et sans fonctions occupe le dernier cinquième.

¹ Thèse de DEMARD.

Cette anse est maintenue par une sonde passée sous le mésentère à son insertion à l'intestin.

3° Deux couronnes de suture sont appliquées, l'une en bas pour l'os, l'autre en haut pour les muscles. On referme le reste de l'incision par une suture étagée.

4° Au bout de quarante-huit heures, on ouvre l'intestin.

En cas d'anus temporaire, on ne fait qu'une simple incision parallèle à l'axe du bout afférent. S'il s'agit d'un anus définitif, on enlève toute la partie intestinale visible entre les lèvres de la plaie.

Procédé de Gangolphe¹.

Le premier temps de cette opération peut se diviser en cinq parties bien distinctes :

1° Incision classique de LITTRE sur le bord gauche de l'abdomen, au niveau présumé de l'S iliaque. On divise la peau, tissu cellulaire, couche aponévrotico-musculaire, *fascia transversalis* jusqu'au péritoine, sur une étendue de 6 à 8 centimètres.

2° Recherche de l'S iliaque.

3° Une anse de 6 à 8 centimètres environ est ensuite attirée au dehors.

Avec une pince hémostatique, on perfore le mésocôlon à 3 ou 4 millimètres de son insertion ; on saisit ensuite un gros fil de soie plié en double que l'on passe à travers les mésocôlon.

4° On sectionne le milieu du fil. On entre-croise en chaîne les deux chefs de ce fil et on les lie chacun de leur

¹ Thèse de MAILLEFERT, LYON, 1901.

côté, l'un à droite, l'autre à gauche aussi fortement que possible, de manière à étrangler une anse au moins de 5 centimètres. Les fils seront longs.

5° On ferme la cavité péritonéale en faisant une colerette de sutures à la soie fine, qui adosse la séreuse pariétale à la séreuse intestinale; de cette façon, on n'est pas exposé au retrait ultérieur de l'intestin. On fait ensuite un plan de sutures péritonéales, pour réduire l'étendue de l'incision à l'espace nécessaire pour l'anus; un second plan pour les muscles; enfin, quelques fils métalliques pour la suture de la peau.

L'anse herniée est ensuite entourée d'une bandelette de gaze iodoformée et couverte d'un pansement à plat.

Le deuxième temps comprend l'ouverture et l'ablation de l'anse sphacélée au bout de quarante-huit heures. On ouvre l'anse avec le thermocautère, on donne un coup de ciseau sur chaque ligature et on enlève les fils. On voit s'écouler généralement un liquide brunâtre.

CHAPITRE III

CRITIQUE DES PROCÉDÉS DE COLOSTOMIE

A. PROCÉDÉS EN UN TEMPS

C'est pour les opérations d'urgence que l'on peut recourir aux procédés en un temps. Il faut ouvrir vite et largement l'intestin pour éviter les phénomènes d'occlusion. Mais, nous l'avons dit dans un chapitre précédent, pour agir promptement et laisser libre cours aux matières, on n'a pas le temps de laisser se former des adhérences ; aussi, voit-on bien souvent se produire les accidents d'infection et de péritonite. Du reste, les quelques observations citées de Nélaton et de Verneuil nous démontrent surabondamment cette dernière appréhension. Que voyons-nous, en effet, en faisant la critique de ces procédés en un temps ?

Procédé de Nélaton.

Tout d'abord ce procédé n'empêche pas la communication des deux bouts ; les matières peuvent passer dans le bout rectal. La tumeur est encore sans cesse irritée ; par conséquent, elle peut encore plus facilement se développer et, de plus, l'atténuation de la douleur est à peine sensible.

Enfin, il y a une facilité assez considérable pour le prolapsus de l'intestin.

Procédé de Verneuil.

Ce procédé est préférable à celui de Nélaton à cause de l'éperon. Cet éperon empêche la circulation des matières du bout supérieur dans le bout inférieur, et l'irritation de la tumeur.

Puis, par son incision oblique, il lutte contre le rétrécissement qui tend à se produire comme dans tout plan kératoplastique.

Cependant ce procédé n'évite nullement le prolapsus.

Procédé de Pollosson.

Le bout rectal flotte dans le segment inférieur de l'intestin. Il résulte que les matières passent complètement par le bout stomacal. Mais on ne peut laver la dernière portion de l'intestin par le bout invaginé et obturé. Les lavages par la voie anale sont praticables, mais inférieurs comme résultats.

De plus, la clinique nous apprend que cette portion de l'S iliaque invaginé sécrète, et qu'au bout d'un certain temps elle forme tumeur; les mucosités accumulées dans ce sac produisent une certaine douleur, douleur cependant atténuée par les lavements.

De ces trois procédés, nous donnons la préférence à celui de Verneuil, à cause de la facilité de l'opération et du minimum des complications infectieuses.

Mais ces procédés, bons pour les cas urgents, ne valent pas les procédés en deux temps dans lesquels le chirurgien n'a pas la main forcée. En effet, les dangers

de péritonite sont toujours imminents ; les matières peuvent faire fausse route et inonder la séreuse péritonéale. Dans les statistiques relatives au procédé de Verneuil, on constate un mort après quatre jours après l'opération, deux morts dix jours après.

Bien au contraire, dans les procédés en deux temps on fait la suture des séreuses et des plans aponévrotico-musculaires ; on attend que des adhérences solides soient formées. De cette façon on évite plus facilement les chances d'infection.

PROCÉDÉ EN DEUX TEMPS.

Procédé de Maydl.

La principale objection qu'on puisse faire à ce procédé, c'est qu'il exige quatorze jours. Pendant ce temps, les phénomènes d'occlusion peuvent se manifester ; bien souvent des coliques répétées surviennent. Pour atténuer ces derniers inconvénients, Maydl pratique, il est vrai, une ouverture légère pour donner issue aux gaz.

En second lieu, l'éperon ne peut dissiper l'appréhension que l'on a de voir la communication des matières s'établir entre les deux bouts. Cependant, cette dernière considération ne s'est jamais réalisée, au dire de MAYDL.

Enfin, KIRMISSON déclare que cette opération est irrationnelle ; qu'elle peut donner lieu à l'issue de l'intestin. Cependant, Maydl a constaté plutôt le contraire ; deux fois il vit l'intestin rentrer dans l'abdomen.

Pour ces raisons, RECLUS a modifié quelques détails de cette technique opératoire.

Procédé de Reclus.

Il a rendu le procédé de Maydl plus rapide en actionnant l'intestin le sixième jour. Il a diminué la durée des chances d'occlusion. Mais il n'a pas empêché le passage des matières du bout supérieur dans le bout inférieur. Les prolapsus peuvent aussi se produire. Aussi, ce procédé participe aux mêmes inconvénients d'une façon moins accentuée, il est vrai.

Procédé de Schwartz.

Un grand avantage, c'est que les matières sont obligées de passer complètement par l'anus artificiel ; car l'intestin est sectionné entièrement ; l'éperon est détruit.

Mais l'opération est longue, puisque l'incision transversale n'est faite que le huitième jour.

Procédé d'Audry.

AUDRY appliqua son procédé à la même époque que Desguin ; ces deux procédés sont calqués sur la même idée : établir un pont cutané-musculaire pour empêcher la chute de l'anse intestinale. Mais Audry pense qu'on pourrait, après l'opération, pratiquer l'ouverture partielle et l'évacuation de l'intestin.

D'autre part, si le néoplasme permet le retour des matières par les voies normales, on peut rétablir le cours de ces matières en suturant l'intestin dont la vitalité est encore conservée.

Mais nous avons fait justice de cette manière de considérer l'anus comme temporaire.

De plus, les chances d'infection, bien que diminuées,

n'en subsistent pas moins ; de même, la tendance au prolapsus ne se manifeste pas moins.

Procédé de Frank.

Dans la gastrotomie, on a essayé de faire un sphincter avec les fibres musculaires de la région épigastrique ; or, au bout de quelque temps, ces fibres s'atrophient et se sclérosent autour de la boutonnière et ne peuvent plus remplir leurs prétendues fonctions.

Malgré les résultats satisfaisants de Frank, on ne peut se baser que sur une longue expérience. Aussi, doutons-nous de ces avantages. Du reste, il est évident qu'un travail de sclérose doit se produire sur la périphérie du pli muqueux irritée, par les matières et les sécrétions.

Procédé de Desguin.

Nous trouvons les mêmes inconvénients que dans le procédé d'Audry : chances d'infection péritonéale, tendance au prolapsus et au rétrécissement de l'anse suturée pour le rétablissement normal du cours des matières pour anus temporaire.

Procédé de Roux, de Lausanne.

L'avantage de cette opération consiste dans l'application plus facile d'une pelote sur un plan résistant ; les chances de péritonite sont aussi nombreuses que dans les procédés étudiés plus haut. De plus, les temps opératoires sont bien plus longs et plus difficiles ; en outre, les rapports de la vessie avec la symphyse pubienne sont toujours un sérieux danger pour le chirurgien.

Procédé de Gangolphe.

De tous les procédés que nous venons d'exposer, celui de M. GANGOLPHE est infiniment supérieur. L'opération est aussi simple que possible. Les chances d'infection ne sont plus à craindre, car on ferme la cavité péritonéale en faisant une collerette de sutures sur les séreuses pariétales et intestinales. On n'a plus à redouter le retrait ultérieur de l'intestin comme dans le procédé de MAYDL; on diminue les chances de prolapsus comme dans le procédé de DESGUIN et AUDRY. On peut pratiquer de grands lavages par le bout inférieur et ainsi se débarrasser plus facilement des mucosités de l'S iliaque; nous avons vu que ceci est plus difficile dans le procédé de POLLOSSON. On ouvre l'intestin quarante-huit heures après l'opération; mais les phénomènes d'occlusion sont toujours à craindre, bien que dans les procédés de MAYDL, RECLUS et SCHWARTZ, dans lesquels il faut attendre quatorze, six et huit jours, ces phénomènes soient au maximum. Enfin, il expose moins aux infections et à la péritonite. Il peut encore convenir à tous les cas urgents, puisqu'il ne demande que deux jours; il faudrait se trouver en présence de phénomènes d'occlusion aiguë bien graves pour ne pas disposer d'un temps si court

Mais ce procédé, bien que rapide, n'expose pas moins à des accidents d'occlusion. Pendant deux jours, les ligatures restent en place; de ce fait, il existe un arrêt absolu dans la progression des matières et des gaz. Il peut se produire des nausées, des vomissements, du péritonisme, une certaine intoxication endogène; un poulx petit, filiforme. Un cas de mort a été observé au

bout de quatre jours. Cependant, malgré ces appréhensions, dit GANGOLPHE, les phénomènes de ce genre sont très rares, puisqu'ils ne sont pour ainsi dire pas signalés dans vingt-sept observations. Ce qu'il remarque surtout, ce sont des coliques, dont l'intensité est variable. Ces coliques, bien que supportables, nécessitent parfois l'administration de la morphine en injections sous-cutanées. Évidemment, ces phénomènes présentent moins d'inconvénients que l'absorption de médicaments opiacés souvent prolongés pendant six à quatorze jours, comme cela se voit dans la plupart des procédés de colostomie.

Après avoir passé en revue et critiqué les divers procédés opératoires nous allons étudier maintenant le procédé de la pince entérotribe du Dr Siraud.

CHAPITRE IV

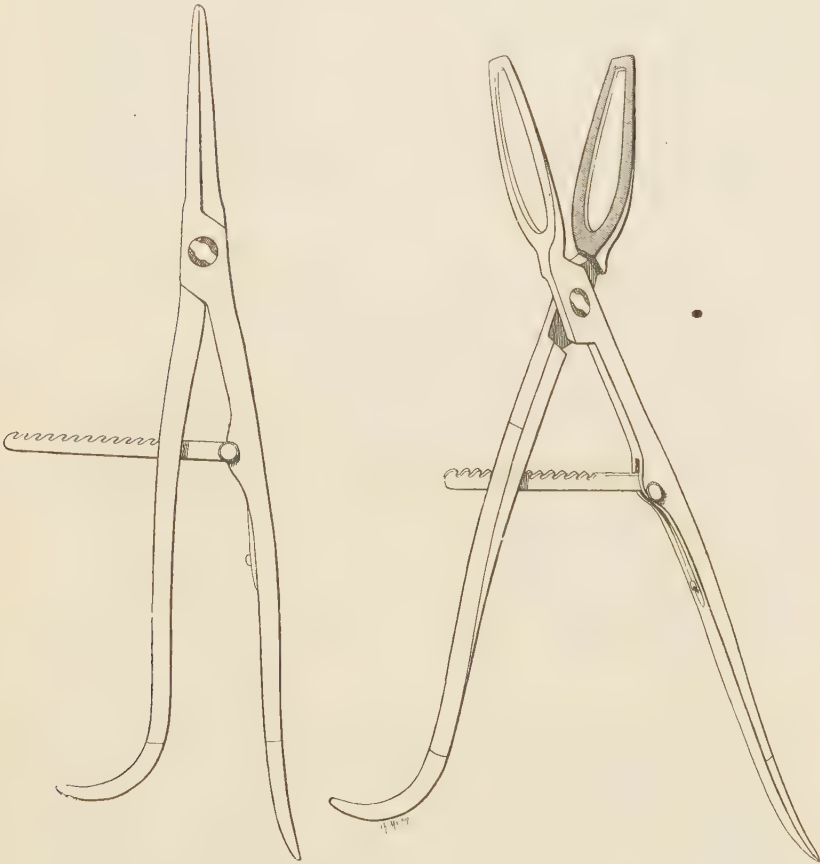
TECHNIQUE DU PROCÉDÉ

I. Description de la pince entérotribe.

La pince entérotribe se compose essentiellement de deux mors. Leur face interne, c'est-à-dire celle qui est destinée à entrer au contact de l'intestin est crénelée. Chaque mors a la forme d'un fer-à-cheval allongé, mais dont les deux extrémités libres sont réunies par une barre métallique transversale ; la face interne de cette dernière est aussi crénelée.

Les branches de chaque mors sont divergentes, depuis leur extrémité libre jusqu'à leur base, de telle sorte que la section de l'intestin opéré depuis le méso jusqu'à son bord libre par les mors de la pince est cunéiforme. Nous attachons une grande importance à ce fait d'obtenir par l'écrasement une tranche en coin qui isole aussi complètement l'un de l'autre le bout supérieur du bout inférieur du côlon. C'est grâce à ce procédé qui réalise l'isolement parfait du bout stomacal du bout rectal que le passage des matières se fait totalement par le bout supérieur. En effet, le bout supérieur est à une distance suffisante du premier pour que

rien ne passe du côté du rectum. Certains procédés, notamment celui de M. Gangolphe, réalise également la section cunéiforme de l'intestin.



Le reste de la pince se compose de deux bras de levier puissants, articulés entre eux à courte distance de leur mors, de telle sorte que la pression soit multipliée et réalisée au maxima au point d'application (voir la fig. ci-contre).

II. Procédé opératoire.

Le procédé de M. l'agrégé Siraud est un procédé qui s'effectue en deux temps ou en un temps, suivant les circonstances. Le procédé en un temps doit être pratiqué pour les cas urgents où une attente de quelques jours ou même de quelques heures serait impossible ; ainsi, pour les cas d'occlusion aiguë, le procédé en deux temps donne plus de sécurité au chirurgien et est préférable pour les cas d'obstruction chronique due à un néoplasme.

Voici la technique que M. l'agrégé Siraud a été amené à employer.

Premier temps.

a) On pratique sur le côté gauche de la paroi abdominale l'incision classique de Littre, cette incision est faite au niveau présumé de l'S iliaque, sur une longueur de 6 à 8 centimètres et on se met ainsi à l'abri des chances d'événement consécutive. Après la peau, ou mieux le tissu cellulaire, les aponévroses, les muscles, enfin le péritoine qui est sectionné sur la sonde cannelée.

Après avoir fixé le péritoine à l'aide de quelques pinces hémostatiques, on va à la recherche de l'S iliaque.

La découverte de l'S iliaque ne se fait pas toujours facilement, à cause de la présence fréquente d'anses grêles qu'il faut réduire suivant le procédé de Verneuil, si l'on ne trouve pas d'emblée l'S iliaque, il faut la chercher en dedans vers la symphyse sacro-iliaque vers le promontoire : on la reconnaîtra, grâce à ses bandes longitudinales, à ses bosselures et à ses appendices épiploïques.

Il peut se présenter deux cas, lorsque l'on veut attirer l'anse choisie au dehors : ou bien le mésocôlon est très court et, alors, l'anse doit être attirée à fleur de peau, quelquefois avec une certaine difficulté.

Dans l'autre cas, au contraire, le mésocôlon est très lâche et très long, ce qui est une prédisposition du prolapsus.

Suivant que l'un ou l'autre cas se présentera, on écrasera avec la pince l'anse intestinale jusqu'au niveau de l'intestin mésentérique.

On fixe l'anse intestinale par des points de suture, c'est-à-dire par une collerette séro-séreuse complète au moyen de points en U, si l'intestin doit être ouvert immédiatement. Si on attend le sphacèle, on peut se contenter de quatre à cinq points de sutures de fixation pour empêcher le retrait ultérieur de l'intestin. M. Siraud, pour éviter plus tard le prolapsus de l'anus artificiel, pratique quelques points de suture séro-musculaires ; car la pratique nous apprend que la toxicité musculaire empêche la chute au dehors ou en dedans du bout stomacal.

a) Une fois l'anse bien fixée, on saisit avec la pince entérotribe largement ouverte l'anse intestinale jusqu'à son insertion mésentérique ; on pratique pendant quatre à cinq minutes une série de pressions manuelles sur la pince destinée à écraser cette anse. On constate pendant le broiement la pâleur de la portion de l'intestin ainsi broyée, car il suffit de dire que la circulation sanguine est arrêtée dans les vaisseaux et les capillaires.

Après ce broiement, on enlève la pince entérotribe. Alors ou bien, s'il faut ouvrir aussitôt, on incise au

thermocautère ou au bistouri dans la même séance; ou bien il faut attendre le deuxième temps.

Mais avant, il s'agit de réduire l'incision aux limites nécessaires pour livrer passage à l'anse étranglée. Déjà on a établi un double plan de sutures au catgut : l'un ferme le péritoine, l'autre est destiné à la séreuse et aux muscles et aponévroses. Maintenant, la peau est suturée à l'aide de quelques points de fil métallique.

L'anse broyée, maintenant de teinte pâle, est entourée de gaze iodoformée, et on complète le pansement avec de la ouate aseptique.

Deuxième temps.

La libération de l'anse étranglée constitue cette deuxième séance; on l'effectue 2, 3, 4, 5 jours après la première séance opératoire. Lorsque le pansement est enlevé, le segment isolé de l'S iliaque apparaît. Il présente une coloration périphérique jaune paille et une teinte centrale noirâtre. Du reste, le sphacèle commence en un point culminant de l'anse intestinale; il se continue d'une façon plus ou moins complète. L'anse est largement ouverte au thermocautère ou au bistouri ou ciseau. Bien souvent, au bout de trois à quatre jours, on est tout étonné de voir des matières dans le pansement. Alors il suffit d'agrandir l'ouverture produite par le sphacèle. Cette ouverture donne issue à des gaz et à un liquide légèrement teinté.

Il ne reste plus alors qu'à recouvrir la plaie opératoire d'une couche de ouate aseptique, et le malade est reporté dans son lit.

Ce procédé est simple, rapide, et son exécution est

relativement facile. Il présente sur les autres procédés effectués en deux séances ce grand avantage que les deux temps de l'intervention ne sont séparés que par un intervalle de deux, trois, quatre à cinq jours ; en effet, dans le procédé de Maydl, cet intervalle est de quatorze jours et de six jours dans le procédé de Reclus. Nous faisons exception du procédé de Gangolphe qui demande quarante-huit heures, mais qui expose à des phénomènes d'occlusion.

Les règles de l'intervention suivant le procédé de M. l'agréé Siraud sont nettement établies, et ce procédé a été employé assez souvent déjà pour que l'on puisse dès maintenant en apprécier les résultats.

CHAPITRE V

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Hôtel-Dieu (salle Saint-Martin,
service de M. Gangolphe).

P... Jeanne, âgée de trente-sept ans, ménagère, entre à l'Hôtel-Dieu le 26 juillet, salle Saint-Martin.

Père mort d'une pneumonie ; mère morte d'un anévrisme.

Comme antécédents personnels, elle a eu une varicelle à quinze ans, quelques jours après la coqueluche ; à vingt-sept ans, la scarlatine ; à vingt-neuf ans, la fièvre typhoïde ; à trente-cinq ans, une pneumonie.

Depuis cette dernière affection, elle souffrait au moment de la défécation ; ses selles commençaient à être sanguinolentes ; beaucoup de pertes blanches. C'est pour ces symptômes qu'elle entra à l'hôpital le 12 octobre 1900. M. le professeur agrégé Villard constata un néoplasme rectal, surtout localisé à la partie antérieure du canal anal et enleva une partie du sphincter anal. Cette opération améliora la santé de la malade pendant trois mois.

Mais en mars 1901, les douleurs redevinrent plus

fortes, souvent intolérables, augmentées par une constipation opiniâtre.

De temps à autre, évacuation de glaires abondantes avec des détritux épithéliaux fétides ; les fèces sont, en outre, légèrement sanguinolentes.

6 juin. — Elle entre de nouveau à l'Hôtel-Dieu ; on la traite avec des injections de quinine à la fesse. Pas de résultats appréciables ; aussi elle sort le 6 juillet.

- Enfin, elle se décide à l'intervention sur les conseils de M. l'agréé Siraud. Elle entre définitivement le 26 juillet.

À l'examen, le toucher vaginal nous révèle à la partie postérieure de la vulve, sur l'étendue du périnée et de la grande lèvre gauche, une tumeur diffuse, dure et lisse.

Le toucher rectal fait reconnaître l'existence d'une tumeur dure, étendue sur la hauteur du canal anal, surtout développée en avant et continue avec l'infiltration néoplasique du périnée et de la grande lèvre ; en arrière, le doigt sent une série de ganglions présacrés. Ces lésions néoplasiques sont donc étendues ; elles englobent les grandes lèvres, le périnée et l'anus.

7 août. — M. le professeur agrégé Siraud pratique la colostomie iliaque par le procédé de la pince entérotribe, après anesthésie à l'éther. Pas de nausées, ni de vomissements.

Quatre jours après, l'anse broyée est sphacélée, puis l'ouverture agrandie au thermocautère. Les coliques n'ont pas existé.

11 août. — La malade nous dit bien se trouver de l'opération qui a fait disparaître ses douleurs. Les

évacuations ne se font pas régulièrement, ce qui a nécessité l'administration d'un purgatif, depuis l'opération. Les matières passent régulièrement par le bout supérieur. L'anus opératoire a aussi bon aspect que possible. Le bout supérieur est bordé par un repli muqueux très régulier; bien que les parois abdominales présentent une certaine épaisseur de couche adipeuse; il ne se manifeste aucune tendance au prolapsus.

L'extirpation totale du néoplasme est pratiquée le 22 août. L'ablation fut très laborieuse en raison de son étendue. La grande lèvre gauche fut réséquée, de même que la paroi postérieure du vagin, la cloison recto-vaginale jusqu'au cul-de-sac vaginal postérieur. M. Siraud enleva entièrement le périnée, le bout inférieur du rectum sur une hauteur de 6 à 7 centimètres. Les ganglions sacrés furent l'objet d'une extirpation soignée, grâce à la résection du coccyx. Dans le cours de l'intervention, la malade perdit une grande quantité de sang. Elle fut d'ailleurs en proie à du choc post-opératoire dans les douze heures qui suivirent l'intervention et reçut 2 litres de sérum artificiel. La guérison se fit depuis très régulièrement.

Elle sort le 26 septembre. Pendant deux mois la malade n'a pas encore pris l'habitude de régulariser ses selles; aussi, elle est souillée assez souvent dans la journée. Mais depuis décembre, elle va régulièrement à la selle le matin avant 9 heures. Elle porte une ceinture abdominale avec peloton-compresse sur l'anus artificiel.

Plusieurs fois, elle est venue nous voir dans le service

de M. Gangolphe; nous avons constaté son bon état général; elle a repris ses forces; elle vague à ses occupations comme par le passé.

L'utérus est prolabé, en raison de l'absence du périnée, de la cloison vagino-rectale et de la paroi postérieure du vagin. Il est possible de restaurer le périnée.

OBSERVATION II

Hôtel-Dieu, salle Saint-Martin, n° 19.

(Service de M. Gangolphe.)

M..., âgée de vingt-huit ans, ménagère.

Rien de particulier parmi les antécédents héréditaires et personnels.

Mariée, deux enfants bien portants, deux morts, l'un d'accident, l'autre d'affection indéterminée. Pas de fausses couches.

Au mois de juillet 1901, la malade étant enceinte de cinq mois, fut prise de constipation et de douleurs dans le bas ventre. Depuis, elle n'est plus allée à la selle qu'avec des lavements; en même temps elle est sujette à des écoulements glaireux et sanguinolents par le rectum.

Elle a accouché il y a quinze jours sans accidents. Mais deux jours après, des phénomènes d'obstruction intestinale apparaissent brusquement: vomissements alimentaires, puis porracés; météorisme et balonnement du ventre. Ces symptômes persistent jusqu'à l'entrée de la malade.

Actuellement, la constipation est absolue depuis

quinze jours. Les lavements sont rejetés immédiatement et ne produisent aucun effet, les vomissements ont toutefois diminué.

Le ventre est énormément dilaté depuis le pubis jusqu'à l'appendice xiphoïde. La ceinture ombilicale n'est pas saillante. On trouve de la sonorité partout. On voit par moments se dessiner des ondes péristaltiques qui se produisent de droite à gauche en suivant le trajet du côlon transverse.

Par le toucher vaginal, on sent contre la paroi postérieure une tumeur de la grosseur d'une orange, dure, lisse et douloureuse.

Par le toucher rectal, on trouve contre la paroi antérieure, à 3 centimètres de l'orifice anal, cette même tumeur développée dans l'épaisseur du rectum, surtout dans la paroi intérieure qui est rétractée. Cette tumeur a envahi la cloison vagino-rectale et se poursuit en haut, du côté de l'ampoule rectale, sans que le doigt puisse atteindre la limite supérieure. Le segment inférieur du rectum est fixe et adhère aux parois pelviennes.

Actuellement, la douleur abdominal revient de temps en temps sous forme de coliques. Cependant, les écoulements glaireux ont cessé quelques jours après la couche.

La malade a beaucoup maigri depuis le mois de juillet : appétit médiocre. Teint légèrement jaune. Le pouls est bon, on compte 120 pulsations à la minute. Température : 38°5. Pas d'albumine dans les urines.

L'opération est pratiquée le 31 décembre. M. l'agréé Siraud fait l'incision de Littre sur une longueur de 7 à

8 centimètres sur le bord gauche de l'abdomen au niveau présumé de l'S iliaque. Mais à l'ouverture de la paroi abdominale, il s'échappe du pus franc et des gaz sans odeur. Il recherche ensuite l'S iliaque et l'attire au dehors, puis il écrase l'anse intestinale avec sa pince entérotribe. Il ferme la cavité péritonéale en faisant une collerette de sutures incomplètes dans la partie inférieure pour le drainer, un second plan de sutures pour les muscles et la peau.

Il s'agissait donc dans le cas particulier d'une péritonite pelvienne surajoutée au néoplasme du rectum. De quelle origine était-elle? Les cas de péritonite surviennent dans le cours d'un néoplasme intestinal, fréquemment, mais ici, le pus et les gaz issus de la cavité péritonéale n'avaient nullement l'odeur fécaloïde caractéristique. Les signes de métrite antérieure, l'accouchement récent, la brusquerie des symptômes, l'occlusion font plutôt songer à une pelvi-péritonite d'origine génitale.

L'anus ne fut pas ouvert immédiatement. On pensait que cette évacuation de gaz et de pus soulagerait la malade.

Mais les vomissements fécaloïdes continuèrent. Aussi cinq à six heures après l'intervention on ouvrit l'anus au thermocautère. Aussitôt, les phénomènes d'obstruction cessent. Plus de coliques, plus de vomissements, les matières passent par le bord supérieur, se régularisent.

A la date du 26 février, la malade se lève, son état général est assez bon. L'extirpation de la tumeur semble peu praticable en raison de la diffusion aux parois de l'excavation pelvienne.

OBSERVATION III

Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marthe n° 7
(Service de M. Gangolphe.)

B..., Blaise, âgé de soixante-six ans, cultivateur. Le malade ne signale aucun antécédent héréditaire. Il n'a jamais eu d'hémorroïdes. L'affection actuelle débute il y a deux mois, au dire du malade, par :

1° Une constipation opiniâtre à peu près continue; la défécation devint progressivement très difficile, avec de fréquents besoins menant le malade à la selle huit à dix fois par jour sans résultat;

2° Une douleur sourde et continue dans l'anus surexcitée par le moindre excès de boisson, les efforts de défécation, la marche, la fatigue et tout travail pénible, à peine calmée par le repos;

3° Du sang dans les matières : le malade n'a pas remarqué que ce sang fût noir ou en caillots. Il n'a jamais vu plus de quatre à cinq gouttes à chaque selle. Depuis quelque temps le sang apparaît moins souvent.

4° Une perte progressive de l'appétit, sans nausées, ni vomissements, ni coliques. Le malade mange très peu maintenant et ne se plaint pas de ses digestions.

Le malade entre le 2 août 1901, à l'Hôtel-Dieu.

Au toucher, on sent à la partie inférieure de l'ampoule rectale un bourrelet annulaire épaissi surtout en avant et en arrière, bourgeonnant et se laissant érailler par le doigt. L'exploration réveille une douleur assez

vive, mais supportable néanmoins. On ramène un peu de sang et quelques débris épithéliaux, à odeur infecte résistant aux lavages.

Quelques ganglions inguinaux.

Ventre ballonné.

État général assez bon, malgré l'amaigrissement de 8 kilogrammes depuis deux mois. Appétit médiocre, sommeil conservé, téguments un peu jaunes.

On constate en outre une petite tumeur molle, dépressible au niveau de l'estomac donnant la sensation d'un peloton grasseux, tumeur que le malade rapporte à un effort et qui daterait de plus de trente ans.

Opéré le 8 août. Anus contre nature au moyen de la pince, absence de toute réaction consécutive. Pas de coliques, pas de vomissements, ni de douleurs locales. Sphacèle de l'anus au bout du 6^e jour. Le malade a eu un prolapsus de l'intestin qui actuellement mesure environ 1 à 2 centimètres de long. Pas de troubles généraux. Sorti le 15 septembre, nous l'avons revu le 10 décembre 1901, bien portant et allant régulièrement à la selle tous les matins. Le bout supérieur du rectum fut extirpé trois semaines après l'établissement de l'anus. Le néoplasme adhérait à la cloison prostatopéritonéale, celle-ci fut réséquée ainsi qu'une petite partie de la paroi postérieure de l'urètre d'aspect douteux. Une sonde à demeure fut placée pendant quelques jours. La fistule urinaire mit cinq semaines à se fermer.

OBSERVATION IV

Salle Sainte-Marthe, Hôtel-Dieu (Service
de M. Gangolphe).

Ch. Jacques, âgé de soixante-deux ans, cultivateur, est entré à l'Hôtel-Dieu le 3 mai 1901.

Pas d'antécédents héréditaires. Père et mère morts à un âge avancé. Santé excellente jusqu'à ces dernières années.

Il y a huit ans, le malade aperçut du sang dans ses selles. Depuis ce jour, des pertes sanglantes survinrent sans cause apparente en dehors même de l'acte de la défécation. D'abord peu abondantes, elles le devinrent davantage au bout de quelque temps ; intermittantes pendant trois ans, elles devinrent continues. La constipation fut habituelle.

Le malade perdit un peu l'appétit ; ses forces diminuèrent ; il maigrit. Il remarqua à cette époque que ses matières étaient déformées, comme passées à la filière. Après avoir consulté un médecin, il suivit un traitement purement médical qui lui procura une légère amélioration, malheureusement de trop courte durée.

Il y a dix-huit mois, la gêne de la défécation devint plus considérable ; le sang s'écoulait en petite quantité, mais continuellement : ce qui obligea le malade à entrer à l'hôpital.

A l'examen, on constate un visage amaigri, un facies

jaune paille ; l'appétit moyen ; état général légèrement bon.

Au toucher rectal, on constate une tuméfaction assez haut située pour que le doigt ne puisse atteindre l'extrémité supérieure. Tumeur bougeonnante, dépressible. On ramène quelques débris épithéliaux, à odeur infecte, mélangés de sang.

Opéré le 9 mai. Anus contre nature au moyen de la pince entérotribe du Dr Siraud. Ouverture spontanée de l'anus quatre jours après. Pas de réaction fébrile. Pas de coliques, pas de vomissements. Mais le malade dépérit de jour en jour, ne mange pas, et succombe quelque temps après à l'évolution néoplasique, après avoir quitté l'Hôtel-Dieu, le 15 juin.

OBSERVATION V

Salle Sainte-Marthe, Hôtel-Dieu (Service
de M. Gangolphe).

G. Alexis, âgé de soixante-dix ans, juge de paix, entre à l'Hôtel-Dieu le 14 février 1902.

Rien de particulier pour les antécédents héréditaires. Sa femme est morte en janvier 1902 d'une pneumonie qu'elle aurait contractée dans le service à la suite d'un néoplasme stomacal pour lequel elle avait été opérée.

Il fut atteint de rougeole à deux ans, de coqueluche quelque temps après, de variole à cinq ans. En 1863, à la suite d'un coup de feu, il perdit l'œil droit.

En 1900, il raconte que ses matières étaient dures,

de couleur noire, mélangées à du sang rouge : il était sujet à une diarrhée intermittente, entrecoupée de constipation. Peu de douleur dans le siège pendant le jour; souffrant davantage la nuit et au moment de la défécation, surtout après l'ingestion de viande.

En 1901, la diarrhée persiste plus forte, mais les pertes sanguinolentes diminuent. Les douleurs sont moins vives. Cependant, l'appétit diminue, les forces aussi. C'est pour ces raisons qu'il entre à l'hôpital.

Actuellement, le facies est un peu amaigri, mais légèrement coloré; on ne constate pas de ganglions inguinaux, ni sus-claviculaires.

Au toucher anal, le doigt sent une masse remontant très haut au-dessus du sphincter, masse douloureuse à la pression, surtout localisée à la partie postérieure du rectum, mais difficilement friable.

Il a été opéré le 20 février. Pas de coliques, pas de nausées; la circulation des matières et des gaz s'est effectuée librement. Le malade s'alimente comme de coutume; le 23, le sphacèle apparaît sur le point central culminant de l'anse intestinale nécrosée. Le 24, on trouve dans le pansement des matières, et on ouvre plus largement l'anse intestinale sphacélée, au ciseau.

OBSERVATION VI

(Due à l'obligeance de M. Siraud.)

J..., âgé de soixante-quatorze ans a été opéré le 25 février 1902.

Rien à signaler comme antécédents héréditaires,

Personnellement, rien de particulier jusqu'en 1900. A cette époque, il est sujet à des alternatives de constipation et de diarrhée. Il a remarqué quelques selles sanguinolentes, noir de café. Peu de douleur en général, au moment de la défécation.

Trois semaines avant l'intervention, le malade est en proie à des phénomènes d'occlusion : ballonnement, météorisme, coliques, quelques vomissements, rectite.

M. Siraud pratique le toucher rectal et constate un néoplasme sus-ampullaire du rectum.

Le malade est opéré le 27 février 1902, M. Siraud, après l'incision de Littre et l'attraction de l'S iliaque, fixe le péritoine pariétal et intestinal par une collerette de sutures, écrase l'anse avec sa pince entérotribe pendant quatre à cinq minutes ; puis il couvre la plaie avec un pansement.

Deux jours après, le sphacèle se produisant, il agrandit l'ouverture de l'anse au bistouri.

Remarquons que le malade n'a pas eu de coliques, ni de vomissements.

CHAPITRE VI

RÉSULTATS IMMÉDIATS

Nous ne faisons point entrer en ligne de compte les nausées et les vomissements qui surviennent après l'anesthésie et qui ne tardent pas à cesser par le repos au bout de quatre à cinq heures. Nous voulons simplement parler des phénomènes d'occlusion relatifs au manuel opératoire. La crainte de voir survenir ces accidents n'est nullement justifiée; car l'anse intestinale écrasée revient rapidement sur elle-même et laisse passer matières et gaz; aussi, ne s'est-elle jamais réalisée dans nos observations. Ainsi, l'avantage de la pince entérotribe, c'est de sphacéler promptement la portion d'anse intestinale broyée entre les mors de la pince, tout en laissant libre la circulation des matières et des gaz. Au bout de peu de temps, les séreuses intestino-pariétales s'organisent en adhérences solides et on peut, si besoin est, ouvrir l'anus ou bien attendre qu'il s'établisse spontanément par sphacèle.

Dans l'observation I, M. Siraud ouvrit l'intestin au bout de vingt-quatre heures; dans l'observation II, ce sont les phénomènes de péritonite aiguë et d'occlusion intestinale qui l'obligent à un drainage soigneux et à

une ouverture de l'intestin, le soir même de l'intervention. Ainsi, l'avantage du procédé est d'éviter les accidents qu'on observe dans les autres procédés, c'est-à-dire l'arrêt complet des matières et des gaz, une tendance à l'occlusion qui se manifeste, sous forme de nausées, vomissements et d'accidents infectieux.

Tout au plus, quelques opérés ont ressenti de légères coliques et des douleurs abdominales. Ces phénomènes, dus exclusivement à l'occlusion déterminée par un néoplasme oblitérant le calibre de l'intestin, n'ont pas survécu à l'ouverture immédiate de l'anse intestinale : témoin l'observation II. Mais, d'une façon générale, ces coliques et ces douleurs sont ou absentes, ou ce sont des accidents négligeables qui présentent si peu d'inconvénients que les piqûres de morphine et l'ingestion de médicaments opiacés, pratiqués dans les autres procédés de colostomie, sont ici inutiles.

Un grand avantage, commun à tous les procédés de colostomie en deux temps, c'est de ne pas exposer à la péritonite et à l'infection. L'anus iliaque est établi au bout de plusieurs heures et alors que des adhérences se sont créées solides suffisamment; elles isolent la cavité abdominale et la mettent à l'abri des infections possibles dues au contact des matières.

Dans notre procédé, s'il n'y a pas d'indications urgentes à ouvrir l'intestin broyé, on peut se contenter de fixer celui-ci à la paroi par trois à quatre points de sutures destinées à empêcher le retrait dans la cavité péritoneale, et on attend l'établissement spontané de l'anus. Celui-ci demande deux, trois, quatre ou même cinq jours. S'il y a des accidents d'occlusion

aiguë ou subaiguë, on peut protéger la cavité péritonéale par une suture soignée, en collerette, juxtaposant très exactement les deux séreuses intestinale et pariétale et on ouvre soit immédiatement, soit trois, quatre, cinq ou six heures après l'intervention. L'ouverture de l'intestin nécrosé est absolument indolore ; elle se fait au ciseau ou au thermocautère ; on résèque exactement la portion cunéiforme de l'intestin broyé par les mors de la pince. Il est plus simple d'employer les ciseaux ; car il n'y a pas lieu de se préoccuper de l'hémostase des branches intestinales sectionnées, l'attrition des tissus étant suffisante à l'assurer.

Le procédé de la pince entérotribe a été mis en pratique six fois. Nous n'avons eu qu'un décès, un mois et demi environ après l'opération ; cette mort doit être considérée comme un accident indépendant de la nature de l'intervention et ne doit nullement entrer en ligne de compte dans l'appréciation des résultats immédiats ; le malade était cachectique. Du reste, à son départ de l'Hôtel-Dieu, l'aspect de l'anus chez ce malade était dans de bonnes conditions ; vitalité des tissus et les deux bouts de l'intestin à fleur de peau.

L'hémostase est bien assurée par l'attrition de la pince ; aussi, on n'a pas à craindre d'employer le bistouri pour l'ouverture de l'anse intestinale. Dans le procédé de M. Gangolphe, un jeune chirurgien qui l'essaie pour la première fois est étonné, je dirai même stupéfait, de l'aspect de l'anse intestinale sphacélée ; celle-ci, en effet, est noirâtre, gonflée par les mucosités et les détritüs. De plus, il vaut mieux employer le thermocautère pour l'hémostase.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

Pour apprécier la valeur de notre pratique, nous devons passer en revue les résultats fonctionnels, l'aspect de l'anus iliaque créé par l'opération, la survie des opérés.

1. *Résultats fonctionnels.*

Les douleurs, qui sont généralement vives dans les cancers diffus sont atténuées, presque aussitôt après l'ouverture de l'anse. Bien plus, elles cessent complètement après l'extirpation. Il est certain, en effet, que les malades redoutent le moment de l'opération et qu'ils le retardent ; le bol fécal vient irriter la tumeur, facilite l'ulcération, et produit une légère hémorragie. En dérivant le cours des matières, on écarte une des causes de ces souffrances. Nous avons demandé à nos malades bien souvent si leur anus iliaque leur procurait du soulagement ; tous nous ont manifesté le plaisir de voir leurs tourments physiques diminuer.

Bien plus, il se produit un ralentissement dans la marche de l'affection. Les faits cliniques, surtout l'observation III, nous le prouvent. M. l'agréé Siraud a observé (obs. I) avec la cure du néoplasme des grandes lèvres du périnée et de l'anus une atténuation des dou-

leurs locales et du volume de la tumeur intestinale après l'établissement de l'anus. Du reste, c'est un fait connu que de voir les éléments anatomiques des tumeurs régresser en partie, quand ils ne sont plus irrités journellement par des produits de sécrétion fétide ou d'irritation mécanique.

On est surpris de la rapidité avec laquelle les malades se mettent à régulariser leurs selles. Au début, celles-ci sont irrégulières. Les pansements souillés doivent être changés plusieurs fois dans la journée. Mais cet état de choses ne subsiste pas longtemps. Dès que, sous l'influence d'un appétit meilleur, les forces reviennent, dès que le malade sort du lit, on constate une grande régularité dans les selles. A propos de l'observation III, nous avons pu savoir que l'évacuation des matières ne se faisait pas d'un seul coup, mais par des poussées successives, tantôt au bout d'un quart d'heure, tantôt au bout d'une demi-heure.

Nous avons observé la malade qui fait le sujet de l'observation I et nous avons constaté les faits suivants :

M^{me} P... est pleine de santé ; douée d'un bel embonpoint, elle est très vigoureuse ; elle pique à la machine sans se fatiguer ; elle soulève des poids assez lourds. Pendant deux mois après l'opération, elle allait à la selle trois à quatre fois par jour, mais à heures fixes. Depuis décembre 1901, elle se présente régulièrement à la garde-robe tous les matins avant 9 heures. Cependant un jour, elle voulut manger des crudités et fruits qui provoquent des selles diarrhéiques ; elle fut prise de vomissements ; le bout inférieur de l'intestin

sortit de 1 centimètre : mais tous ces phénomènes cessèrent le soir. Depuis lors, ses digestions sont très bonnes, pourvu qu'elle s'abstienne de certains aliments. L'anus iliaque fonctionne à perfection. Elle consacre une heure à faire une minutieuse toilette ; elle peut vaquer le reste du temps à ses occupations ; elle ne s'est jamais aperçue qu'elle exhalât une mauvaise odeur.

Dans l'intervalle des selles, les opérés portent une ceinture hypogastrique munie d'une pelote-tampon destinée à s'appliquer sur l'orifice de l'anus iliaque, ou la ceinture à réservoir en caoutchouc de Reverdin, cela suffit à assurer la continence des matières ou à les recueillir dans le sac en caoutchouc.

2. *Aspect de l'anus iliaque créé par l'opération de la pince entérotribe.*

L'aspect de l'anus iliaque dépend de la laxité du mésocôlon, de l'étendue de l'incision et aussi de la flaccidité de la paroi abdominale.

Dans l'observation III, nous avons constaté un prolapsus de 1 à 2 centimètres ; dans les autres cas, l'anus iliaque était à fleur de peau. Du reste, il est facile de remédier à ces prolapsus par des cautérisations ignées. Nos malades n'ont point encore observé de prolapsus intermittent ; je veux dire : la muqueuse intestinale accompagne le bol fécal jusqu'à l'extérieur et rentre après l'expulsion. C'est le phénomène qui se produit chez le cheval, lors de la défécation.

Le plus souvent, l'anus iliaque présente à l'examen deux orifices :

L'orifice supérieur est celui où aboutit le bout supé-

rieur, et l'ouverture inférieure où aboutit le bout inférieur de l'intestin. Ce dernier est généralement en voie d'atrophie.

Les deux orifices sont bordés d'un repli de la muqueuse intestinale, lequel est séparé de la peau par un sillon peu appréciable.

Dans l'observation I, les deux orifices sont inclinés de gauche à droite ; le bout supérieur est presque caché, tandis que le bout inférieur est nettement apparent.

Dans l'observation II, le bout supérieur est très visible ; le bout inférieur est en voie d'atrophie ; l'inclinaison est moins marquée l'un par rapport à l'autre,

L'anus artificiel est à fleur de peau ; ces deux bouts supérieur et inférieur sont généralement séparés par une sorte de pont de tissu cicatriciel ; ils sont accolés comme les canons d'un fusil à deux coups. L'éperon est supprimé et de ce fait, les matières ne peuvent passer d'un bout dans l'autre. Au point de vue fonctionnel, l'existence de ce tissu cicatriciel présente une réelle importance

3^e *De la survie des opérés.*

Deux cas sont à considérer : ou bien la colostomie est pratiquée dans un but palliatif, ou bien dans un but curatif.

Dans la catégorie des cas où il existe une généralisation ganglionnaire, et où le néoplasme envahit les organes voisins, l'opération palliative ne donne qu'une survie variable que nous ne pouvons bien préciser, faute de faits cliniques de longue observation.

Ch. J... (Obs. IV) opéré le 9 mai 1901, succombe à

la cachexie cancéreuse quelques temps après l'opération ; il a obtenu un service de un mois et demi, pendant lequel les symptômes de rectite ont cessé.

B. Bl... (Obs. III) opéré le 8 août 1901, quitte l'hôpital bien amélioré et jouissant d'une santé relativement bonne ; il avait engraisé de 2 kilogrammes à sa sortie.

Citons le cas de M. F... (Obs. III) opérée le 31 décembre, qui n'éprouve plus de douleurs comme elle en éprouvait avant la colostomie.

N'oublions pas non plus G... (Obs. V) qui depuis son opération a repris l'appétit, engraisse et ne souffre nullement.

J... opéré le 26 février (Obs. VI) a bien supporté l'opération, a été soulagé immédiatement des phénomènes d'occlusion.

Nous arrivons maintenant à la catégorie des cas de l'opération curative, c'est-à-dire source d'exérèse.

P. J. (Obs. I), opérée le 7 août 1901, subit l'extirpation le 22 du même mois, pour néoplasme rectal, quitte l'hôpital dans de bonnes conditions, jouit actuellement d'une bonne santé.

Un autre malade auquel M. Siraud a pratiqué l'extirpation du néoplasme est vivant et bien portant (Obs. III).

Le temps nous manque pour porter un jugement définitif sur le service des opérés. Il faudrait suivre longtemps les malades que nous avons cités ; nous laissons ce soin à d'autres qui n'ont pas encore parcouru les étapes des études médicales.

CONCLUSIONS

La colostomie iliaque par le procédé de la pince entérotribe du D^r Siraud s'effectue en un ou deux temps.

I. *Premier temps.* — La colostomie iliaque est pratiquée suivant les règles classiques. Fixation de l'intestin à la paroi par des sutures séro-séreuses (péritoine intestinal et pariétal). Ecrasement de la portion d'intestin ainsi fixée au moyen de la pince entérotribe et ouverture immédiate de l'intestin, s'il y a nécessité.

b) Le *deuxième temps* n'existe que dans les cas les plus fréquents où après écrasement, on laisse l'intestin se sphacéler et on attend l'établissement spontané de l'anus.

II. Dans aucun des cas observés, on n'a noté des phénomènes d'occlusion intestinale pendant les quelques heures qui séparent l'intervention de l'ouverture de l'anus. Du reste, si quelque accident venait à se produire, il suffirait d'ouvrir l'anse intestinale le soir même. Les opérés n'éprouvent pas de coliques, sauf

exceptionnellement (Obs. II), mais jamais il n'y a eu de vomissements, ni de nausées.

III. Les suites immédiates de l'intervention, sont bonnes. Nous avons eu deux mois après un décès dû à l'extension cancéreuse et à la cachexie.

IV. L'anus opératoire n'a pas toujours le même aspect. dans les deux premières observations, le bout supérieur occupe l'angle supérieur de la plaie, il est nettement séparé du bout inférieur par une sorte de pont cicatriciel.

Les matières ne passent pas dans le bout inférieur. La muqueuse est à fleur de peau, en général pas de prolapsus, pas d'éventration.

V. Au point de vue de la survie, tous nos opérés sont vivants actuellement, sauf un. Du reste, il y a à établir deux catégories dans le cas à considérer : l'une comprenant les cas où la colostomie est purement palliative, l'autre comprenant ceux dans lesquels l'opération du D^r Siraud a été suivie de l'ablation des parties néoplasiques. Après l'intervention pratiquée dans un but curatif, la durée de la survie est plus ou moins longue, l'infirmité résultant de l'opération ne peut avoir une influence sensible sur la durée de l'existence.

Après l'intervention palliative pratiquée dans les cas où le néoplasme est diffus et généralisé aux ganglions, les malades ont été notablement soulagés et ont repris une apparence de santé.

VI. Les résultats fonctionnels sont aussi bons que possible : les malades sont soulagés par l'intervention.

Les matières s'évacuent très bien, et en raison de la section cunéiforme de l'intestin par la pince, elles ne passent jamais dans le bout inférieur. Dans l'intervalle des selles, une ceinture hypogastrique munie d'une pelote-tampon ou bien le port de l'appareil de Reverdin fabriqué par Avallée suffit à assurer la continence des matières. En somme les opérés sont dans de bonnes conditions pour vaquer à leurs occupations journalières.

VII. Le procédé de la pince entérotribe est donc un procédé simple, d'une exécution facile.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
FOCHIER

Vu :

POUR LE DOYEN, L'ASSESEUR
LACASSAGNE

Vu et permis d'imprimer

Lyon, le 1^{er} mars 1902

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE, PRÉSIDENT DU CONSEIL L'UNIVERSITÉ
G. COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- AUDRY, Archives prov. de chir., Paris, 1892.
CHALOT, Traité de médecine opératoire.
COMPOING, th. de Paris, 1898.
DEMARD, th. de Lyon, 1899.
DUPLAY et RECLUS, Traité de chirurgie.
GANGOLPHE, Bul. Soc. chir. de Lyon, avril 1898.
— Revue de chirurgie, février 1900.
LAGUAITE, th. de Lyon, 1884.
MAILLEFER, th. de Lyon, 1901.
POLLOSSON (M.), th. d'agrégation, Paris.
PIÉCHAUD, th. d'agrégation, 1883.
QUÉNU, Traité des maladies du rectum.
FORGUES et RECLUS, Traité de thérapeutique chirurgicale.
TRÉLAT, Semaine médicale, 1884.
-

TABLE

AVANT-PROPOS	5
HISTORIQUE	7
CHAPITRE PREMIER. — Indications générales de la colostomie	11
CHAPITRE II. — Description des principaux procédés de colostomie	17
CHAPITRE III. — Critique des procédés de colostomie	25
CHAPITRE IV. — Technique du procédé	32
CHAPITRE V. — Observations	38
CHAPITRE VI. — Résultats immédiats	50
RÉSULTATS ÉLOIGNÉS	53
CONCLUSIONS.	59
BIBLIOGRAPHIE.	63
TABLE DES MATIÈRES	64

